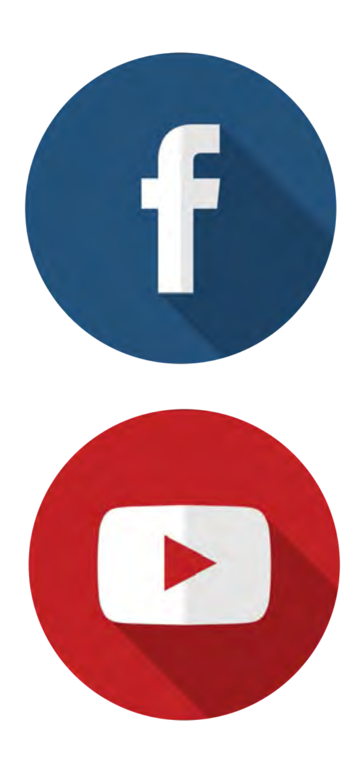
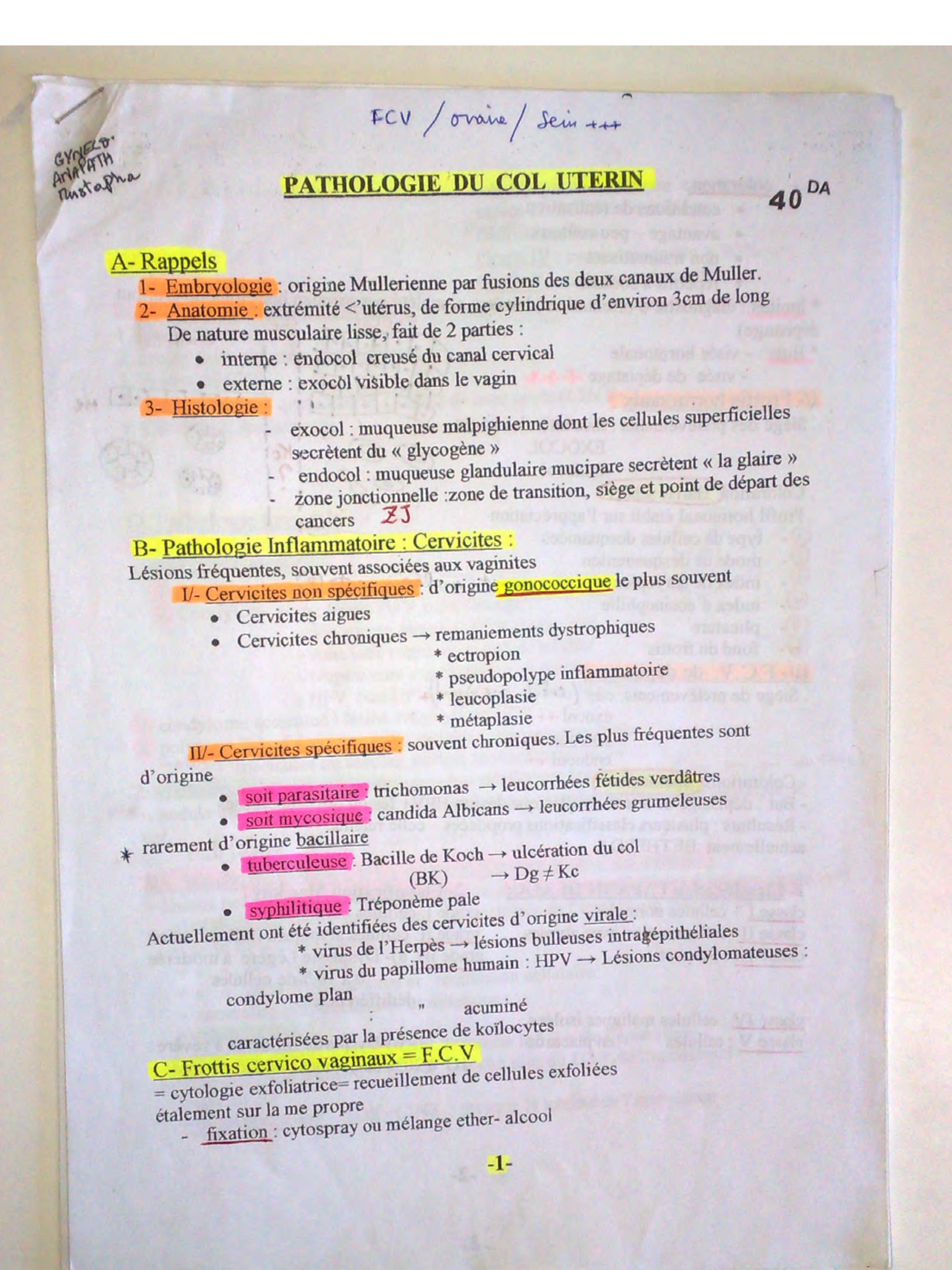
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









FCV / ovaire / Sein +++

GYNECO. ANAPATH Mustapha

40 DA

PATHOLOGIE DU COL UTERIN

A- Rappels

1- Embryologie : origine Mullerienne par fusions des deux canaux de Muller.

2- Anatomie : extrémité <'utérus, de forme cylindrique d'environ 3cm de long

De nature musculaire lisse, fait de 2 parties :

- interne : endocol creusé du canal cervical
- externe : exocol visible dans le vagin

3- Histologie :

- exocol : muqueuse malpighienne dont les cellules superficielles secrètent du « glycogène »
- endocol : muqueuse glandulaire mucipare secrètent « la glaire »
- zone jonctionnelle :zone de transition, siège et point de départ des cancers ZJ

B- Pathologie Inflammatoire : Cervicites :

Lésions fréquentes, souvent associées aux vaginites

I/- Cervicites non spécifiques : d'origine gonococcique le plus souvent

- Cervicites aigues
- Cervicites chroniques → remaniements dystrophiques
  - * ectropion
  - * pseudopolype inflammatoire
  - * leucoplasie
  - * métaplasie

II/- Cervicites spécifiques : souvent chroniques. Les plus fréquentes sont d'origine

- soit parasitaire : trichomonas → leucorrhées fétides verdâtres
- soit mycosique : candida Albicans → leucorrhées grumeleuses

* rarement d'origine bacillaire
  - tuberculeuse : Bacille de Koch (BK) → ulcération du col → Dg ≠ Kc
  - syphilitique : Tréponème pale

Actuellement ont été identifiées des cervicites d'origine virale :

* virus de l'Herpès → lésions bulleuses intragépithéliales
* virus du papillome humain : HPV → Lésions condylomateuses : condylome plan ; " acuminé

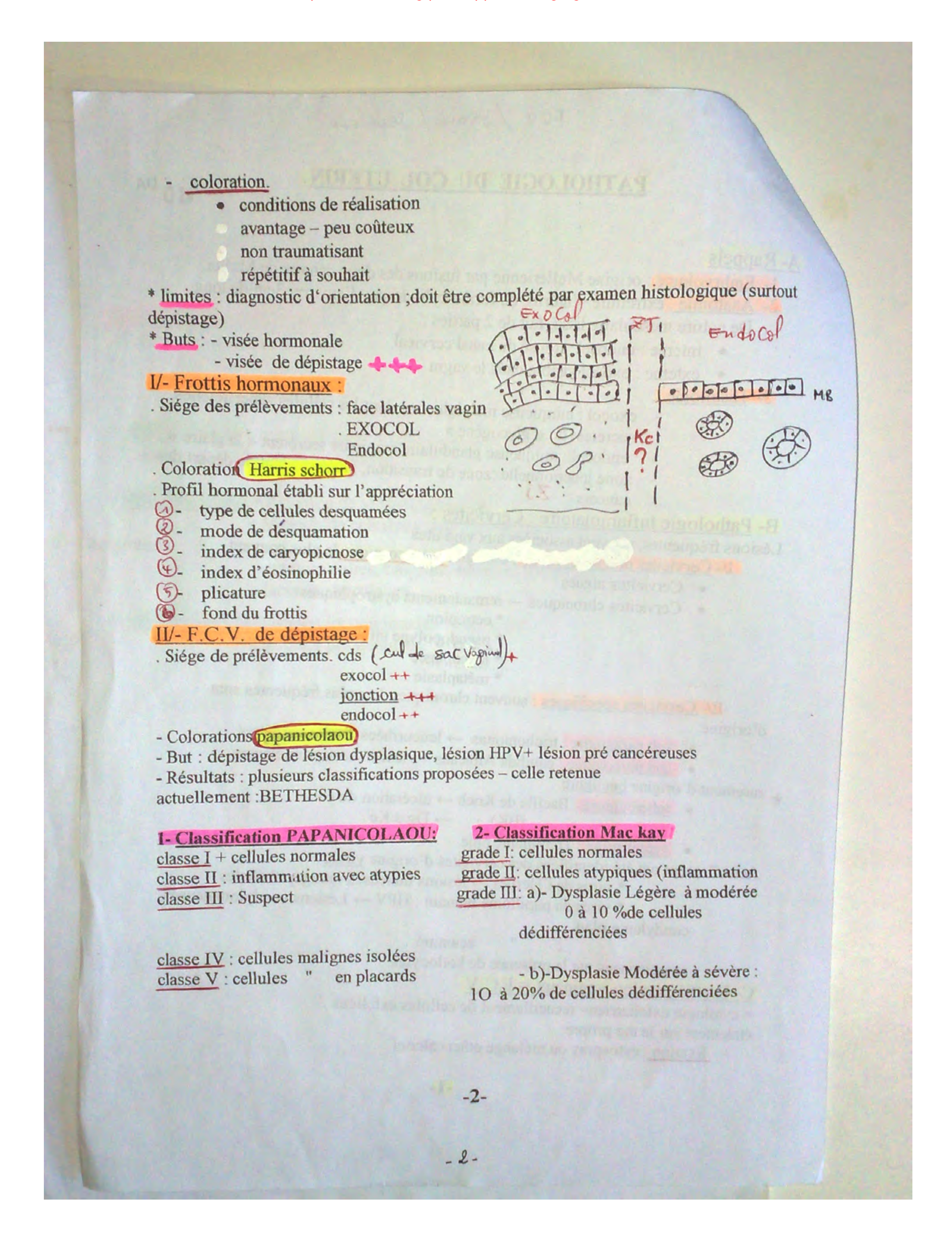
caractérisées par la présence de koïlocytes

C- Frottis cervico vaginaux = F.C.V

= cytologie exfoliatrice= recueillement de cellules exfoliées étalement sur la me propre

- fixation : cytospray ou mélange ether- alcool

-1-



- coloration.
  - conditions de réalisation
  - avantage – peu coûteux
  - non traumatisant
  - répétitif à souhait

* limites : diagnostic d'orientation ;doit être complété par examen histologique (surtout dépistage)

* Buts : - visée hormonale
- visée de dépistage +++

I/- Frottis hormonaux :

. Siége des prélèvements : face latérales vagin
. EXOCOL
Endocol

. Coloration Harris schorr

. Profil hormonal établi sur l'appréciation

1- type de cellules desquamées
2- mode de désquamation
3- index de caryopicnose
4- index d'éosinophilie
5- plicature
6- fond du frottis

II/- F.C.V. de dépistage :

. Siége de prélèvements. cds (cul de sac vaginal) +
exocol ++
jonction +++
endocol ++

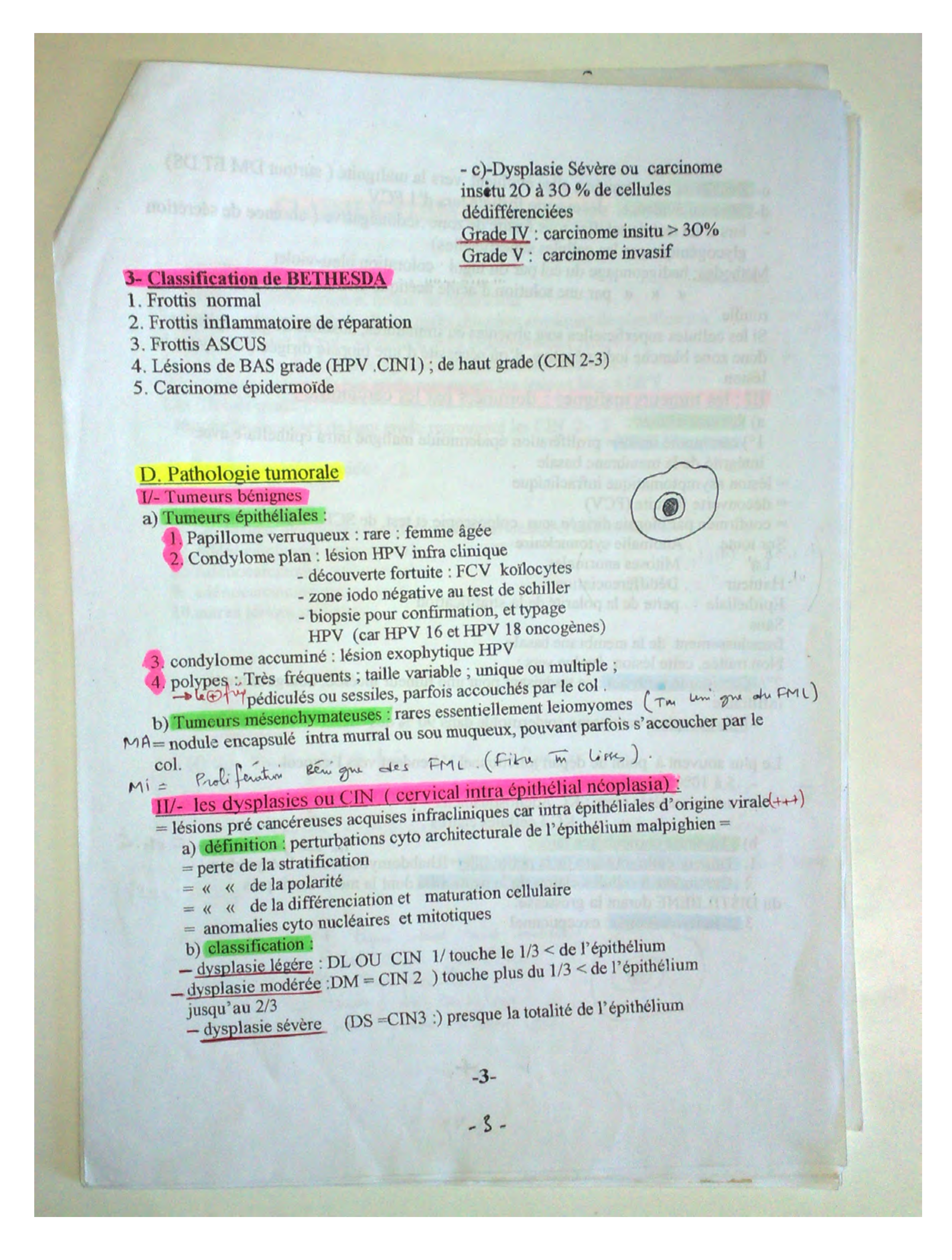
- Colorations papanicolaou
- But : dépistage de lésion dysplasique, lésion HPV+ lésion pré cancéreuses
- Résultats : plusieurs classifications proposées – celle retenue actuellement :BETHESDA

1- Classification PAPANICOLAOU:

classe I + cellules normales
classe II : inflammation avec atypies
classe III : Suspect
classe IV : cellules malignes isolées
classe V : cellules " en placards

2- Classification Mac kay

grade I: cellules normales
grade II: cellules atypiques (inflammation
grade III: a)- Dysplasie Légère à modérée 0 à 10 %de cellules dédifférenciées
- b)-Dysplasie Modérée à sévère : 1O à 20% de cellules dédifférenciées



- c)-Dysplasie Sévère ou carcinome insitu 2O à 3O % de cellules dédifférenciées

Grade IV : carcinome insitu > 3O%

Grade V : carcinome invasif

3- Classification de BETHESDA

1. Frottis normal
2. Frottis inflammatoire de réparation
3. Frottis ASCUS
4. Lésions de BAS grade (HPV .CIN1) ; de haut grade (CIN 2-3)
5. Carcinome épidermoïde

D. Pathologie tumorale

I/- Tumeurs bénignes

a) Tumeurs épithéliales :

1. Papillome verruqueux : rare : femme âgée
2. Condylome plan : lésion HPV infra clinique
   - découverte fortuite : FCV koïlocytes
   - zone iodo négative au test de schiller
   - biopsie pour confirmation, et typage HPV (car HPV 16 et HPV 18 oncogènes)
3. condylome accuminé : lésion exophytique HPV
4. polypes : Très fréquents ; taille variable ; unique ou multiple ; pédiculés ou sessiles, parfois accouchés par le col .

b) Tumeurs mésenchymateuses : rares essentiellement leiomyomes nodule encapsulé intra murral ou sou muqueux, pouvant parfois s'accoucher par le col.

II/- les dysplasies ou CIN (cervical intra épithélial néoplasia) :

= lésions pré cancéreuses acquises infracliniques car intra épithéliales d'origine virale =

a) définition : perturbations cyto architecturale de l'épithélium malpighien =

= perte de la stratification

= « « de la polarité

= « « de la différenciation et maturation cellulaire

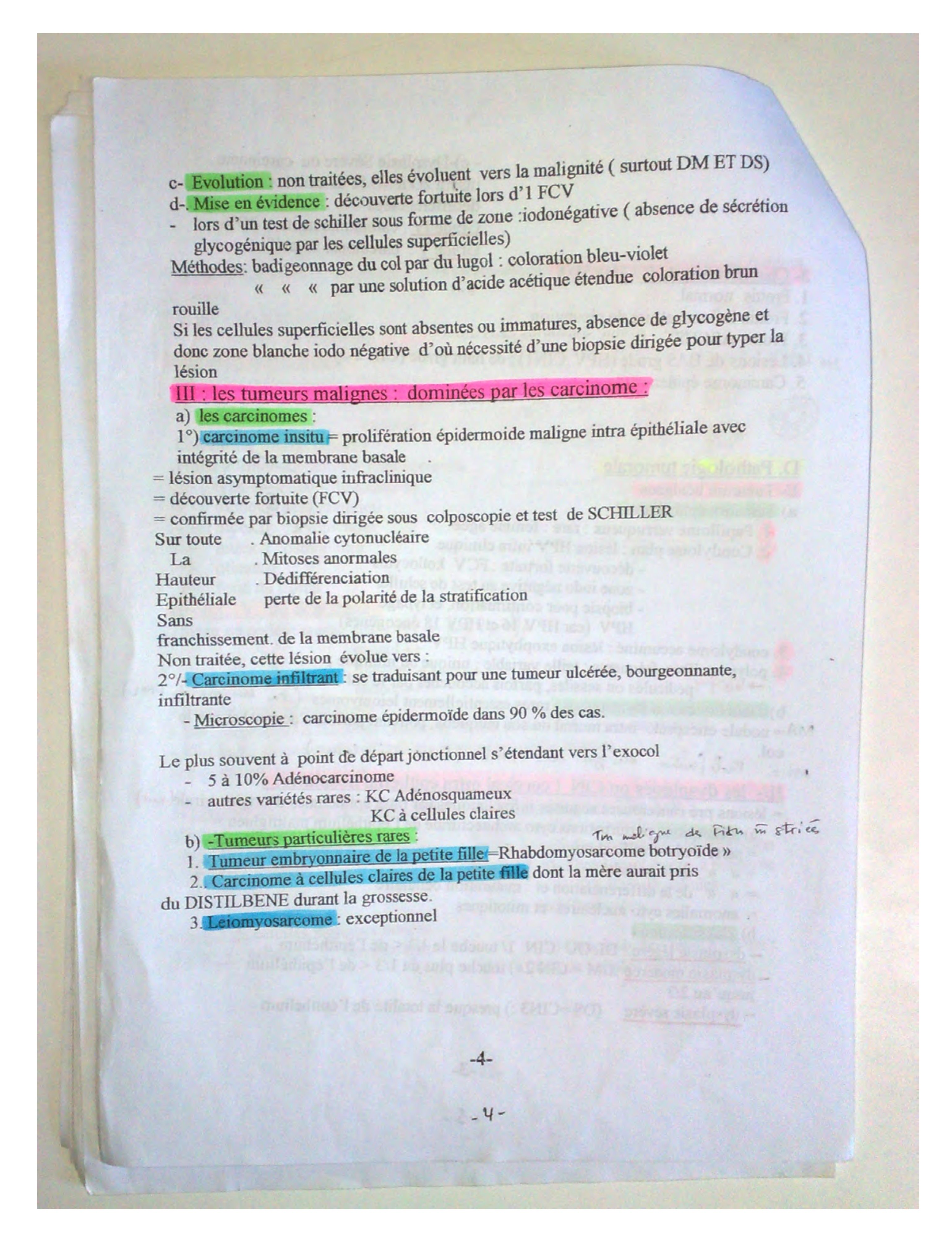
= anomalies cyto nucléaires et mitotiques

b) classification :

– dysplasie légére : DL OU CIN 1/ touche le 1/3 < de l'épithélium

– dysplasie modérée :DM = CIN 2) touche plus du 1/3 < de l'épithélium jusqu'au 2/3

– dysplasie sévère (DS =CIN3 :) presque la totalité de l'épithélium



c- Evolution : non traitées, elles évoluent vers la malignité (surtout DM ET DS)
d-. Mise en évidence : découverte fortuite lors d'1 FCV
- lors d'un test de schiller sous forme de zone :iodonégative (absence de sécrétion glycogénique par les cellules superficielles)

Méthodes: badigeonnage du col par du lugol : coloration bleu-violet
« « « par une solution d'acide acétique étendue coloration brun rouille

Si les cellules superficielles sont absentes ou immatures, absence de glycogène et donc zone blanche iodo négative d'où nécessité d'une biopsie dirigée pour typer la lésion

III : les tumeurs malignes : dominées par les carcinome :

a) les carcinomes :

1°) carcinome insitu = prolifération épidermoide maligne intra épithéliale avec intégrité de la membrane basale .
= lésion asymptomatique infraclinique
= découverte fortuite (FCV)
= confirmée par biopsie dirigée sous colposcopie et test de SCHILLER

Sur toute	. Anomalie cytonucléaire
La	. Mitoses anormales
Hauteur	. Dédifférenciation
Epithéliale	perte de la polarité de la stratification
Sans	

franchissement. de la membrane basale
Non traitée, cette lésion évolue vers :

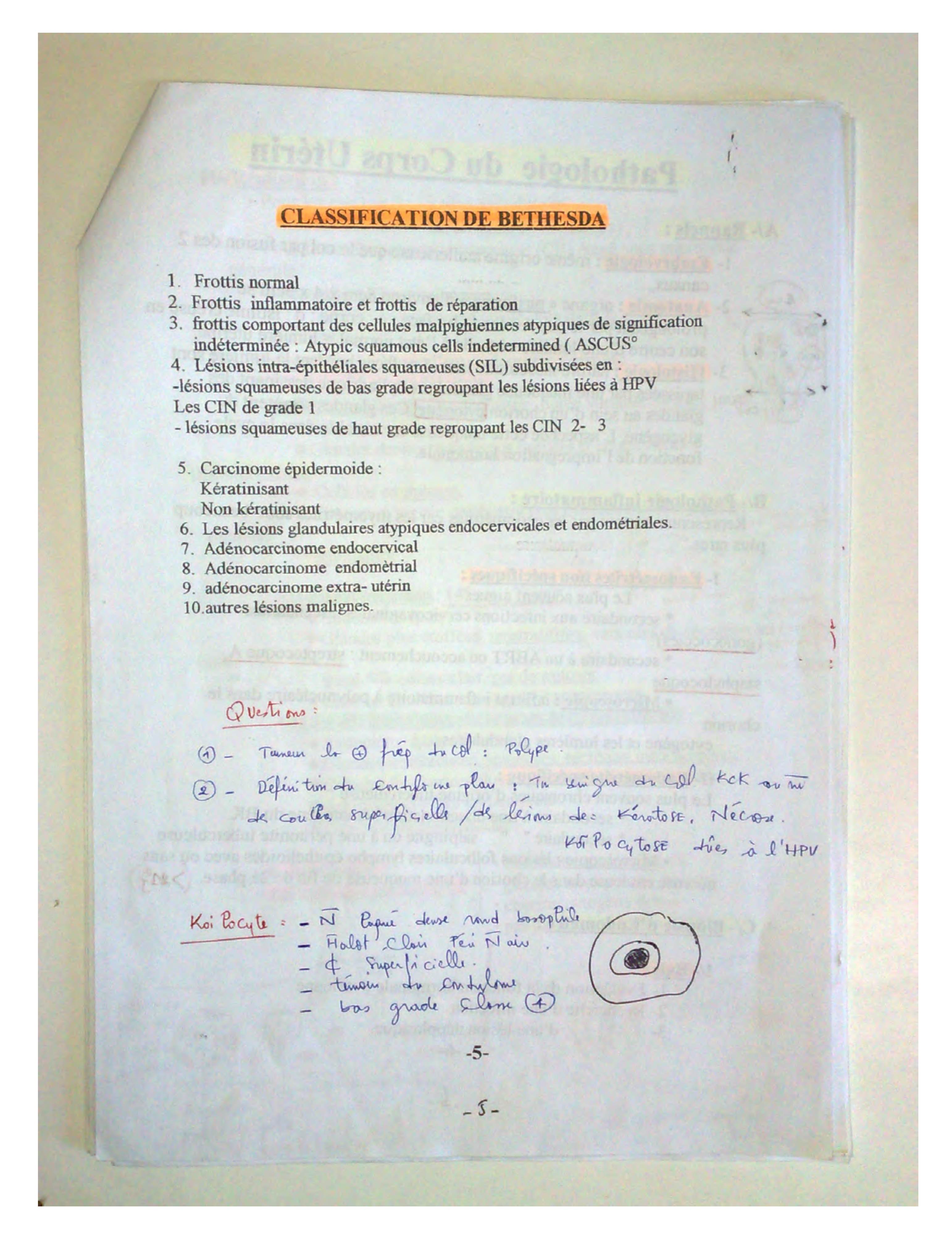
2°/- Carcinome infiltrant : se traduisant pour une tumeur ulcérée, bourgeonnante, infiltrante
- Microscopie : carcinome épidermoïde dans 90 % des cas.

Le plus souvent à point de départ jonctionnel s'étendant vers l'exocol
- 5 à 10% Adénocarcinome
- autres variétés rares : KC Adénosquameux
KC à cellules claires

b) -Tumeurs particulières rares :
Tm mal'gne de Fibres m striées
1. Tumeur embryonnaire de la petite fille=Rhabdomyosarcome botryoïde »
2.. Carcinome à cellules claires de la petite fille dont la mère aurait pris du DISTILBENE durant la grossesse.
3. Leiomyosarcome : exceptionnel

-4-

- 4 -



CLASSIFICATION DE BETHESDA

1. Frottis normal
2. Frottis inflammatoire et frottis de réparation
3. frottis comportant des cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée : Atypic squamous cells indetermined (ASCUS°
4. Lésions intra-épithéliales squameuses (SIL) subdivisées en :
   -lésions squameuses de bas grade regroupant les lésions liées à HPV
   Les CIN de grade 1
   - lésions squameuses de haut grade regroupant les CIN 2- 3
5. Carcinome épidermoide :
   Kératinisant
   Non kératinisant
6. Les lésions glandulaires atypiques endocervicales et endométriales.
7. Adénocarcinome endocervical
8. Adénocarcinome endomètrial
9. adénocarcinome extra- utérin
10. autres lésions malignes.

Questions :

① - Tumeur la ⊕ fréq du col : Polype.

② - Définition du condylome plan : Tm bénigne du col KCK ou ... de couches superficielles / des lésions de : Kératose, Nécrose. Koïlocytose dûes à l'HPV

Koïlocyte : - N̄ opaque dense rond basophile
- Halot clair péri N̄ aire.
- ¢ superficielle.
- témoin du condylome
- bas grade [illegible] ④

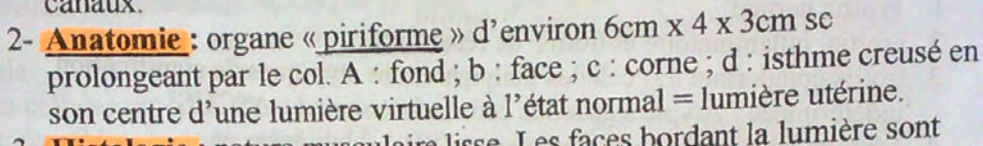
- 5 -

Pathologie du Corps Utérin

A/- Rappels :

1- **Embryologie** : même origine mullerienne que le col par fusion des 2 canaux.

2- **Anatomie** : organe « piriforme » d'environ 6cm x 4 x 3cm se prolongeant par le col. A : fond ; b : face ; c : corne ; d : isthme creusé en son centre d'une lumière virtuelle à l'état normal = lumière utérine.



3- **Histologie** : nature musculaire lisse. Les faces bordant la lumière sont tapissées par une muqueuse glandulaire cylindrique dessinant des glandes au sein d'un chorion cytogène. Ces glandes sécrètent du glycogène. L'aspect de cette muqueuse est variable dans le cycle fonction de l'imprégnation hormonale.

B/- Pathologie inflammatoire :

Représentée surtout par les endométrites car les myométrites sont beaucoup plus rares.

I- Endométrites non spécifiques :

Le plus souvent aigues

* secondaire aux infections cervicovaginales ascendantes (gonococcies)
* secondaire à un ABRT ou accouchement : streptocoque A, staphylocoque

▪ **Microscopie** : infiltrat inflammatoire à polynucléaire dans le chorion cytogène et les lumières glandulaires.

II- Endométrite spécifique :

Le plus souvent chroniques d'origine tuberculeuse :

* secondaire à une dissémination hématogène du BK.
* secondaire " " salpingite ou à une péritonite tuberculeuse

▪ Microscopie : lésions folliculaires lympho épithélioides avec ou sans nécrose caséeuse dans le chorion d'une muqueuse de fin de 2è phase. (>21e J)

± Cellules géantes de type Langhans

C/- Biopsie d'Endomètre :

I/- Buts :

1- Evaluation de la fonction hormonale ovarienne
2- Recherche d'une infection
3- " d'une lésion néoplasique.

II/- Réalisation :

- Pour les cas 1 et 2 : - à titre ambulatoire
  - fin de cycle (⟶ 22e jrs)
- Pour le cas 3 : - curetage biopsique (CB) étagé sous anesthésie générale nécessitant l'hospitalisation.
  - n'importe quelle date dans le cycle.

III/- Aspects histologiques d'un endomètre normal :

a- Période d'Activité Génitale

* Phase proliférative (œstrogène) : durée variable 14 à 21 jours.

- Endomètre peu épais
- Glandes droites, tubuleuses bordées d'un épithélium pseudostratifié.
- Cellules en mitoses.
- Chorion cytogène oedématié puis cellulaire dense, mitoses vaisseaux capillaires.

* Phase d'ovulation : 14e au 17e jour.

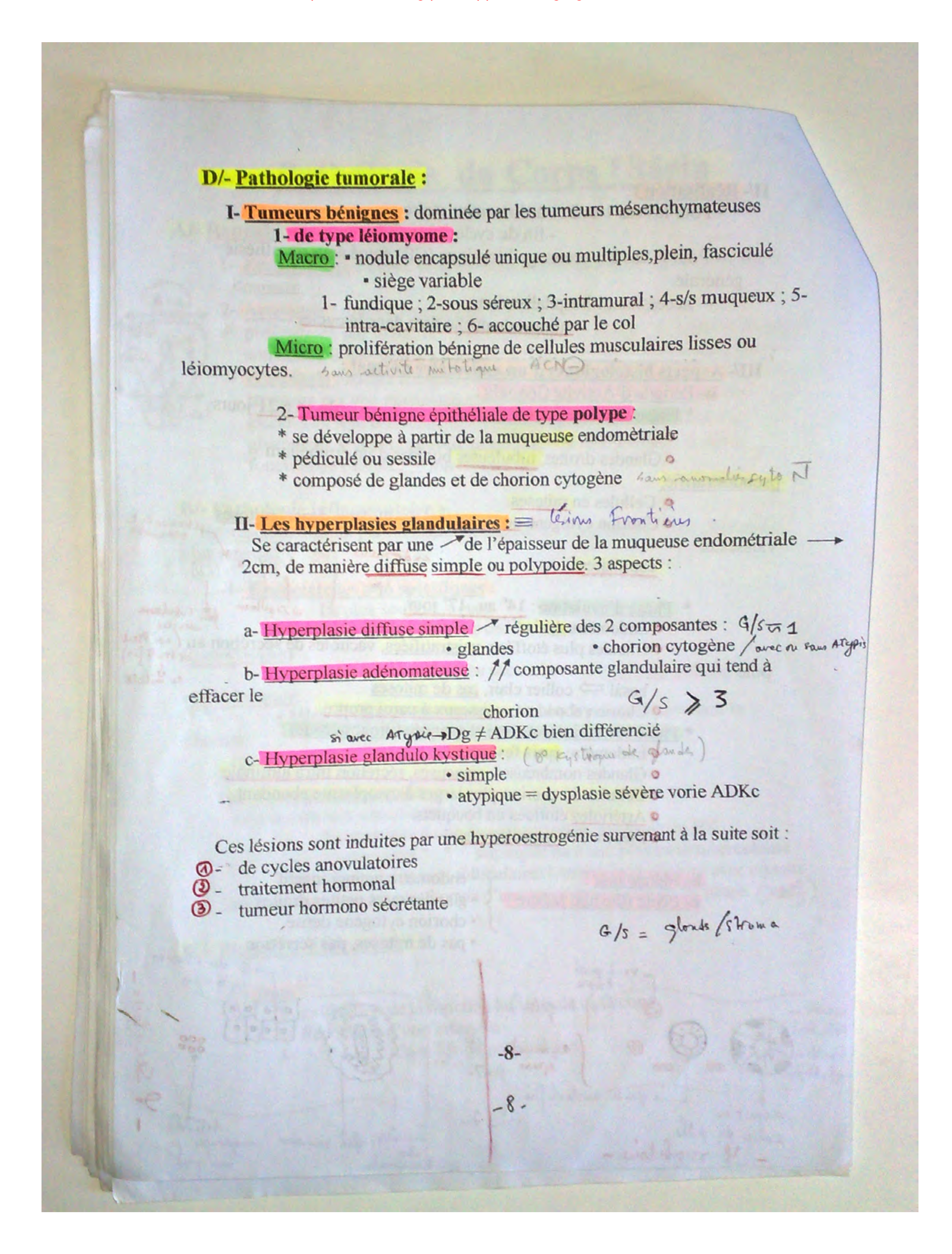
- Endomètre épais
- Glandes plus étoffées, unistratifiées, vacuoles de sécrétion au pole basal ⟹ collier clair, pas de mitoses
- Chorion abondant, vaisseaux à paroi propre.

* Phase sécrétoire moyenne et avancée (progestérone) :

- Endomètre épais festonné
- Glandes nombreuses, sinueuses, sécrétion intra luminale
- Cellules du chorion plus larges à cytoplasme abondant
- Artérioles étoffées en bouquets
- Présence de granulocytes

b- Ménopause :
c- Petite fille non pubère :

- endomètre aminci inactif
- glandes rares petites droites
- chorion cytogène dense
- pas de mitoses, pas sécrétion



D/- Pathologie tumorale :

I- Tumeurs bénignes : dominée par les tumeurs mésenchymateuses

1- de type léiomyome :

Macro : ▪ nodule encapsulé unique ou multiples,plein, fasciculé
▪ siège variable
1- fundique ; 2-sous séreux ; 3-intramural ; 4-s/s muqueux ; 5-intra-cavitaire ; 6- accouché par le col

Micro : prolifération bénigne de cellules musculaires lisses ou léiomyocytes. sans activité mitotique ACN(−)

2- Tumeur bénigne épithéliale de type **polype** :

* se développe à partir de la muqueuse endomètriale
* pédiculé ou sessile
* composé de glandes et de chorion cytogène sans anomalies cyto N

II- Les hyperplasies glandulaires : ≡ lésions frontières

Se caractérisent par une ↗ de l'épaisseur de la muqueuse endométriale ⟶ 2cm, de manière diffuse simple ou polypoide. 3 aspects :

a- Hyperplasie diffuse simple ↗ régulière des 2 composantes : G/S ≈ 1
• glandes • chorion cytogène / avec ou sans Atypies

b- Hyperplasie adénomateuse : ↗↗ composante glandulaire qui tend à effacer le chorion G/S > 3
si avec Atypie → Dg ≠ ADKc bien différencié

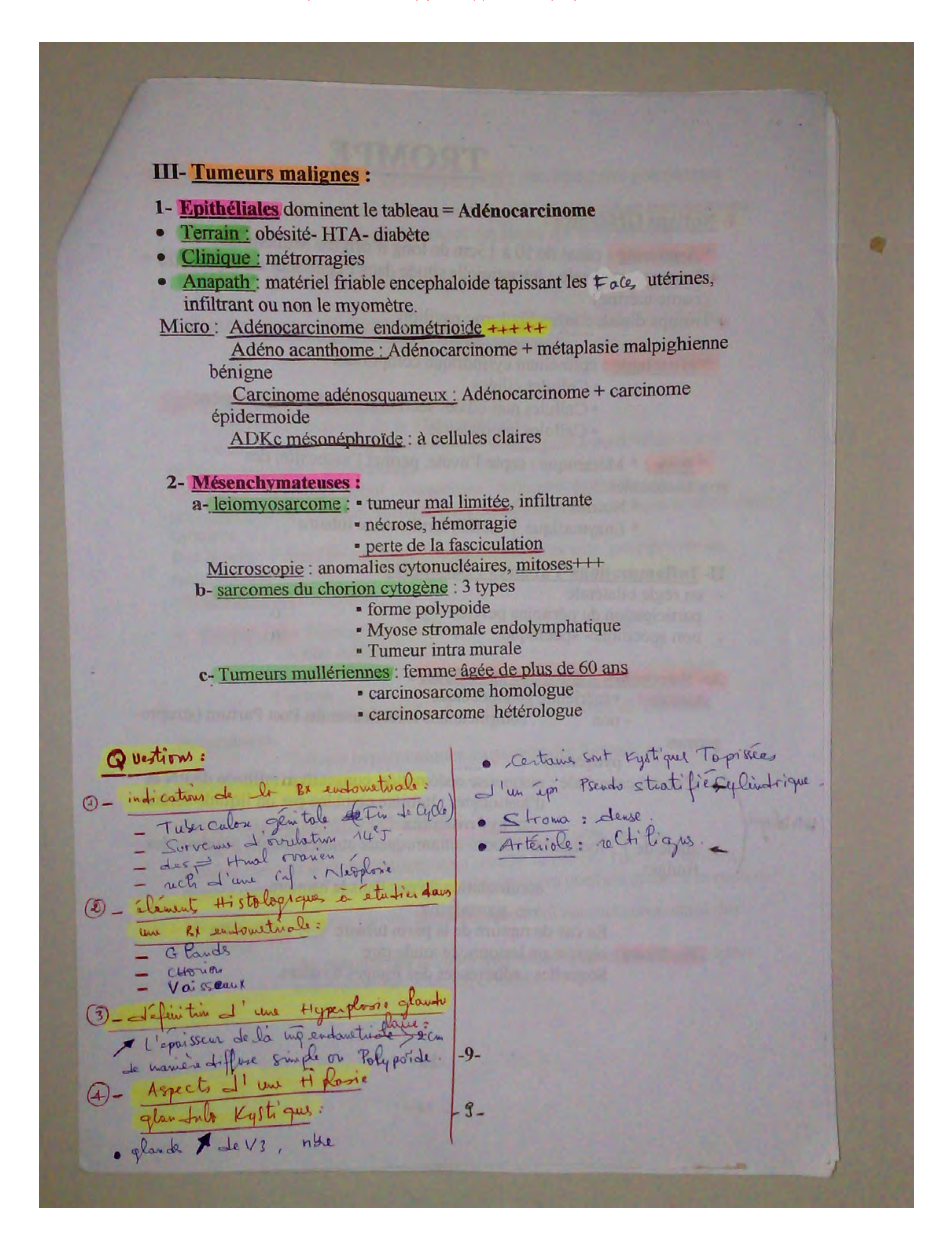
c- Hyperplasie glandulo kystique : (gl kystiques de glandes)
• simple
• atypique = dysplasie sévère vorie ADKc

Ces lésions sont induites par une hyperoestrogénie survenant à la suite soit :
① - de cycles anovulatoires
② - traitement hormonal
③ - tumeur hormono sécrétante

G/S = glands / stroma

-8-

-8-



III- Tumeurs malignes :

1- Epithéliales dominent le tableau = **Adénocarcinome**

- Terrain : obésité- HTA- diabète
- Clinique : métrorragies
- Anapath : matériel friable encephaloide tapissant les Face utérines, infiltrant ou non le myomètre.

Micro : Adénocarcinome endométrioide +++++
Adéno acanthome : Adénocarcinome + métaplasie malpighienne bénigne
Carcinome adénosquameux : Adénocarcinome + carcinome épidermoide
ADKc mésonéphroïde : à cellules claires

2- Mésenchymateuses :

a- leiomyosarcome :
- tumeur mal limitée, infiltrante
- nécrose, hémorragie
- perte de la fasciculation

Microscopie : anomalies cytonucléaires, mitoses+++

b- sarcomes du chorion cytogène : 3 types
- forme polypoide
- Myose stromale endolymphatique
- Tumeur intra murale

c- Tumeurs mullériennes : femme âgée de plus de 60 ans
- carcinosarcome homologue
- carcinosarcome hétérologue

Questions :

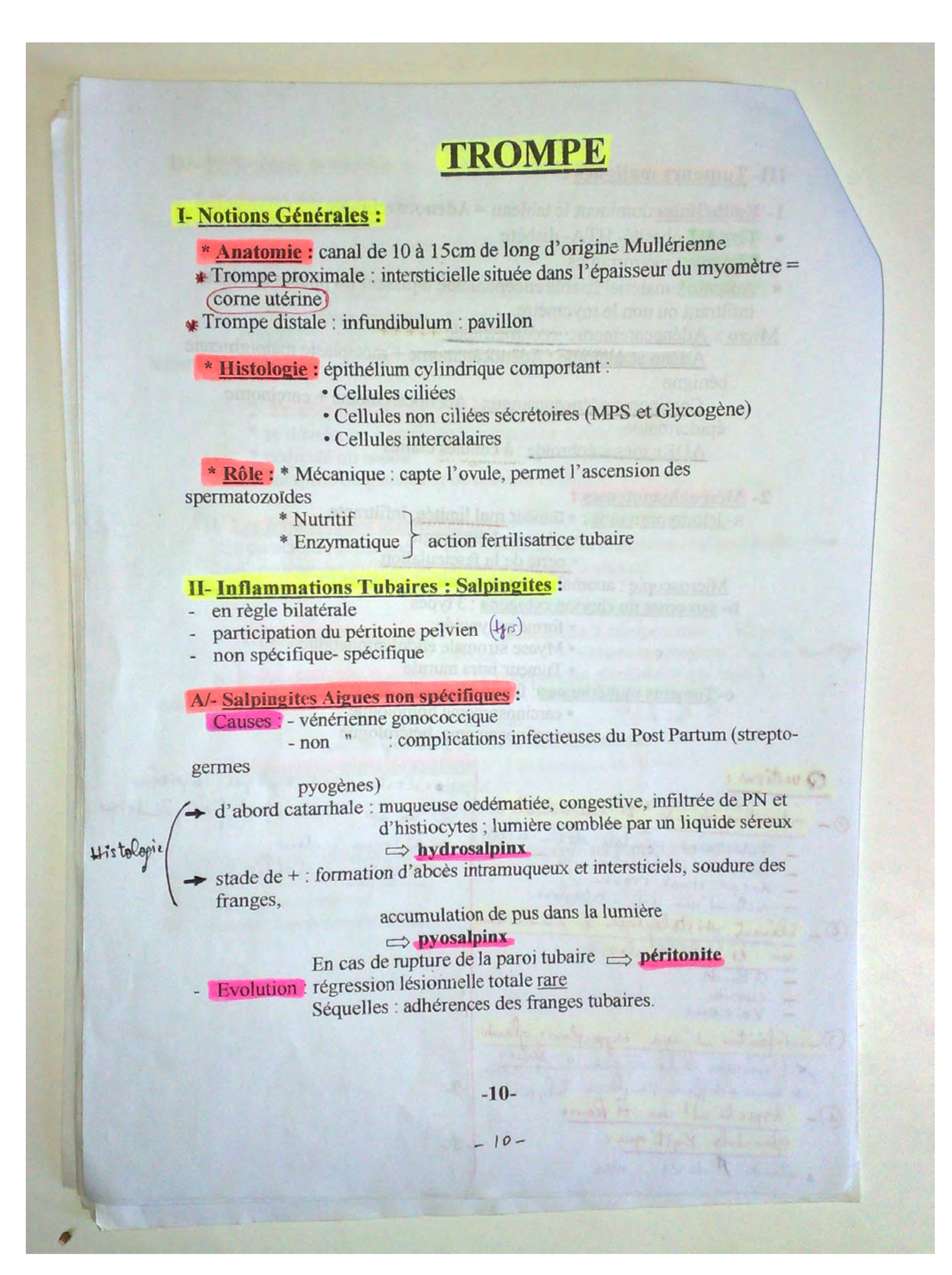
1- indications de la Bx endometriale :
- Tuberculose génitale (Fin de Cycle)
- Surveillance d'ovulation 14e J
- des ⇄ Hmal ovarien ,
- rech d'une inf . Néoplasie

2- élément histologiques à étudier dans une Bx endometriale :
- Glands
- chorion
- Vaisseaux

3- définition d'une Hyperplasie glandulaire :
↗ L'épaisseur de la mq endometriale > 2cm de manière diffuse simple ou Polypoïde.

4- Aspects d'une Hplasie glandulaire Kystiques :
- glandes ↗ de V3 , nbre
- Certains sont Kystiques Tapissées d'un épi pseudo stratifié cylindrique.
- Stroma : dense.
- Artériole : rectilignes. ←

-9-



TROMPE

I- Notions Générales :

* **Anatomie :** canal de 10 à 15cm de long d'origine Müllérienne
  * Trompe proximale : intersticielle située dans l'épaisseur du myomètre = corne utérine
  * Trompe distale : infundibulum : pavillon
* **Histologie :** épithélium cylindrique comportant :
  - Cellules ciliées
  - Cellules non ciliées sécrétoires (MPS et Glycogène)
  - Cellules intercalaires
* **Rôle :** * Mécanique : capte l'ovule, permet l'ascension des spermatozoïdes
  * Nutritif
  * Enzymatique } action fertilisatrice tubaire

II- Inflammations Tubaires : Salpingites :

- en règle bilatérale
- participation du péritoine pelvien (+++)
- non spécifique- spécifique

A/- Salpingites Aigues non spécifiques :

Causes : - vénérienne gonococcique
- non " : complications infectieuses du Post Partum (strepto-germes pyogènes)

Histologie :
- → d'abord catarrhale : muqueuse oedématiée, congestive, infiltrée de PN et d'histiocytes ; lumière comblée par un liquide séreux ⇨ **hydrosalpinx**
- → stade de + : formation d'abcès intramuqueux et intersticiels, soudure des franges, accumulation de pus dans la lumière ⇨ **pyosalpinx**

En cas de rupture de la paroi tubaire ⇨ **péritonite**

- Evolution : régression lésionnelle totale rare
  Séquelles : adhérences des franges tubaires.

B/- Salpingites chroniques non spécifiques : succèdent aux précédentes :

* **pyosalpinx chronique** : rétention de pus dans des poches intra-tubaires, tubo ovariennes ⟹ épaississement des tissus qui sont infiltrés de fibroblastes, lympho, plasmo, hystiocytes et lipophages

- Conséquences : - Oblitération partielle au totale de la lumière tubaire
  - Troubles de la motilité pariétale

C/- Salpingite tuberculeuse :

- Localisation majeure de la TBK génitale ♀.
- Généralement II aire à un essaimage hématogène à partir d'un foyer primitif (souvent + pulmonaire)
- Lésions bilatérales : début : muqueuses : follicules épithélio giganto cellulaires, amas caséeux, infiltrat lymphohistiocytaire chronique et adhérences tubaires.

Par la suite extension aux autres tuniques, séreuses ⟹ pelvipéritonite tuberculeuse

- **Conséquences :** stérilité

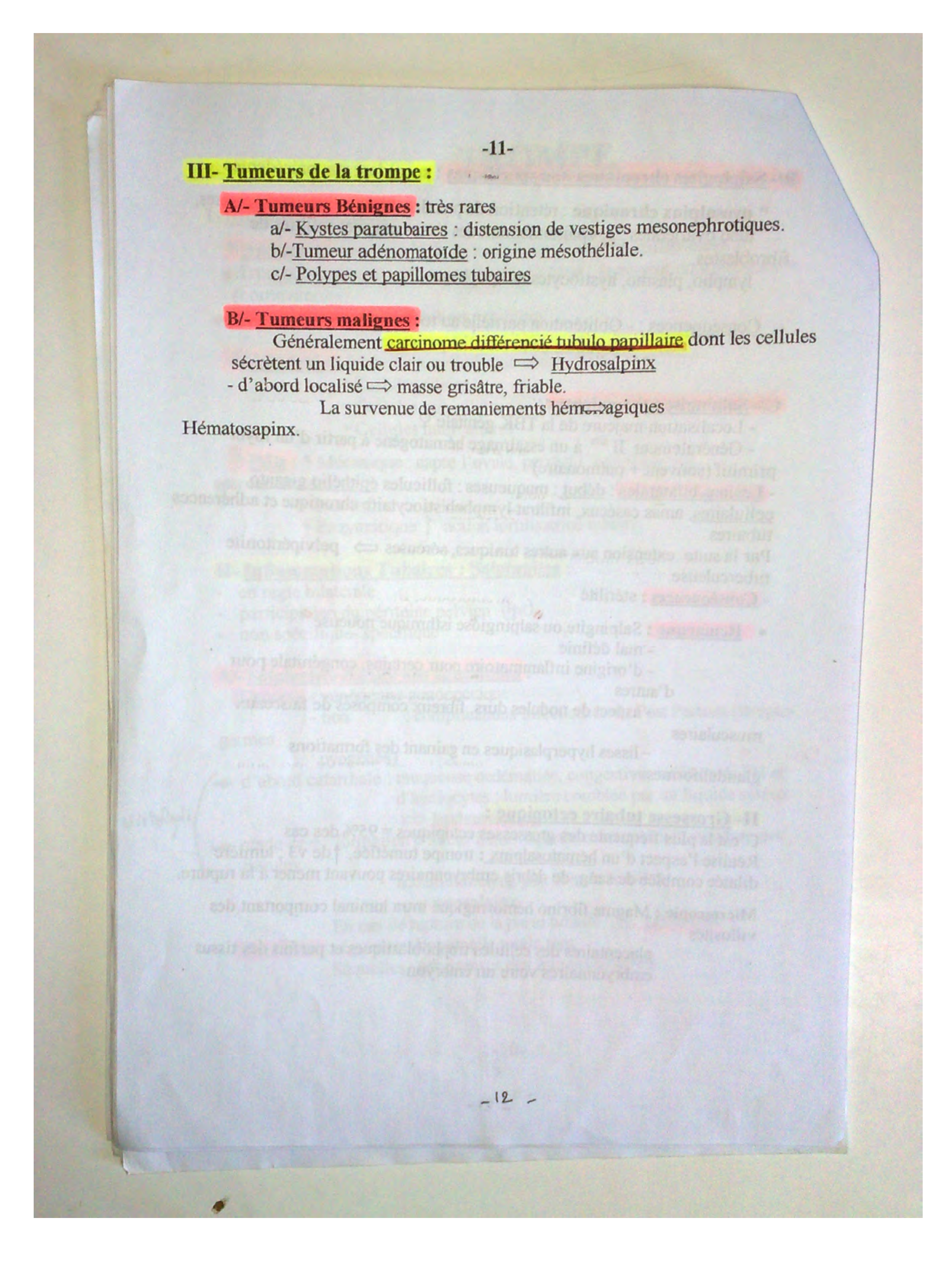
- **Remarque :** Salpingite ou salpingite isthmique noueuse
  - mal définie
  - d'origine inflammatoire pour certains, congénitale pour d'autres
  - aspect de nodules durs, fibreux composés de faisceaux musculaires lisses hyperplasiques en gainant des formations glanduliformes.

II- Grossesse tubaire ectopique :

C'est la plus fréquente des grossesses ectopiques = 95% des cas

Réalise l'aspect d'un hématosalpinx : trompe tuméfiée, ↑de v3 ; lumière dilatée comblée de sang, de débris embryonnaires pouvant mener à la rupture.

Microscopie : Magma fibrino hémorragique intra luminal comportant des villosités placentaires des cellules trophoblastiques et parfois des tissus embryonnaires voire un embryon.



III- Tumeurs de la trompe :

A/- Tumeurs Bénignes : très rares

a/- Kystes paratubaires : distension de vestiges mesonephrotiques.

b/-Tumeur adénomatoïde : origine mésothéliale.

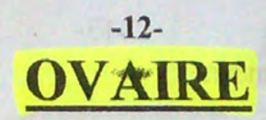
c/- Polypes et papillomes tubaires

B/- Tumeurs malignes :

Généralement carcinome différencié tubulo papillaire dont les cellules sécrètent un liquide clair ou trouble ⇨ Hydrosalpinx

- d'abord localisé ⇨ masse grisâtre, friable.

La survenue de remaniements hém⇨agiques Hématosapinx.



OVAIRE

I/- Notions générales :

* **Anatomie** : organe au nombre de 2, en amande de 4cm x 2cm x 0,2cm dérivant de la crête génitale qui représente un épaississement de l'épithélium cœlomique secondairement pénétré par les gonocytes.

- **Histologie** : -Corticale comportant des ovocytes
  -Médullaire : trame conjonctive lâche, vaisseaux, nerfs, lymphatiques résidu embryonnaire.
  L'ensemble délimité par une membrane épaisse ou albuginée tapissée elle-même de l'épithélium coelomique.
- **Rôle** : Maturation des follicules avec sécrétion- d'oestrogènes et de progestérone sous dépendance hypothalamo hypophysaire.

II/- Inflammations : ovarite : oophorite

- L'ovarite isolée : peu fréquente, résultat d'infection hématogène (oreillons, rougeole, septicopyohémie)
- Est associée à l'inflammation tubaire : salpingo ovarite ou annexite : généralement bilatérale

Agent responsable : gonocoque, streptocoque, BK

a/- Ovarite aigue :

* catarrhale : exsudat inflammatoire avec adhérences fibrineuses entre gonoade congestive, ↗ de v3, la trompe, le péritoine.
* suppurée : ⇒ abcès tubo ovarien, pelvi péritonite

b/- Ovarite chronique :

* soit d'origine tuberculeuse
* soit non spécifique

} ⇒ atrophie avec adhérence

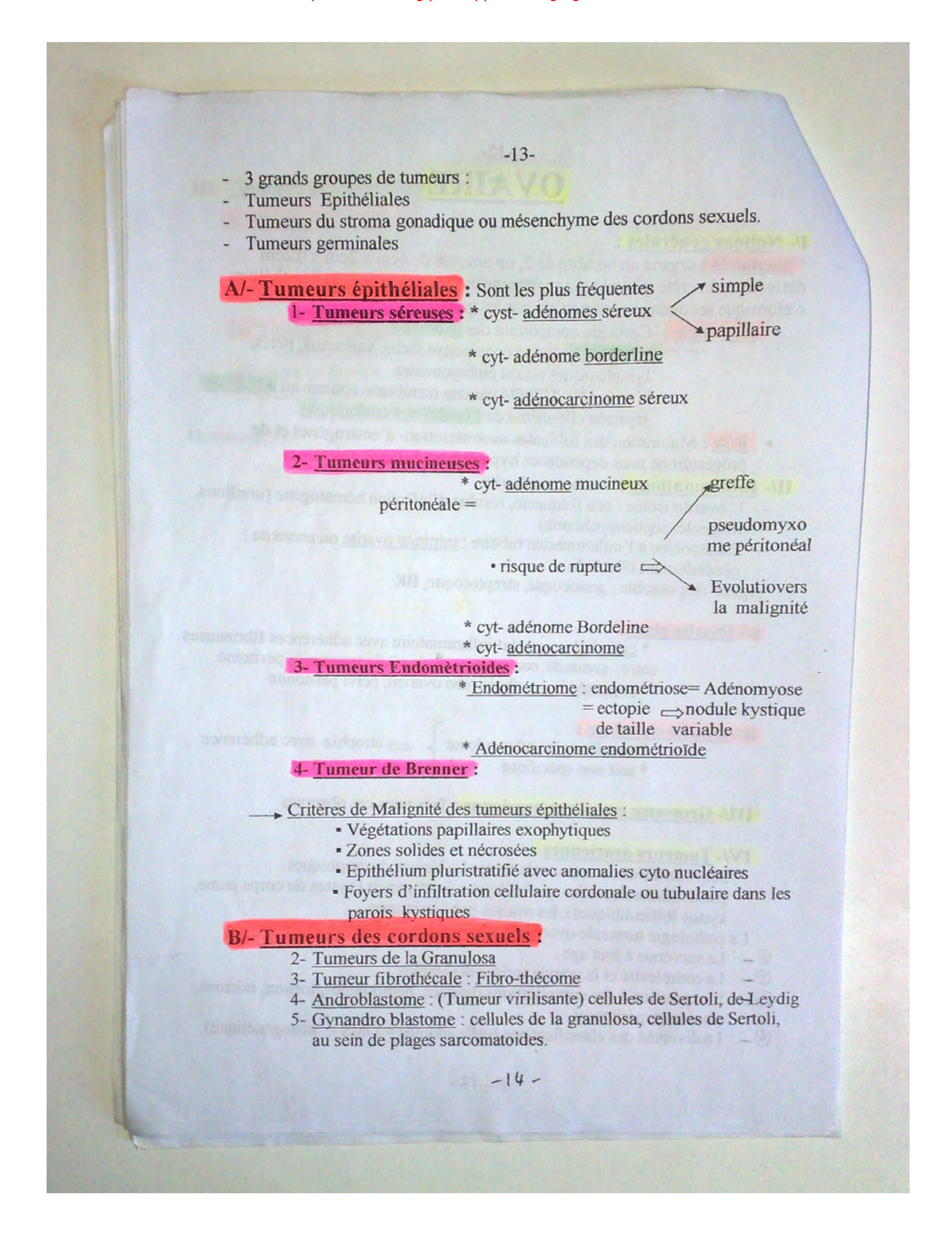
III/- Grossesse ectopique ovarienne : Très rares cas observés

IV/- Tumeurs ovariennes :

Sont éliminées de cette étude toutes les lésions dystrophiques pseudotumorales telles que les kystes fonctionnels (kystes du corps jaune, kystes folliculiniques), les ovaires poly- kystiques.

La pathologie tumorale ovarienne se caractérise par :

1. – La survenue à tout age
2. – La complexité et la grande variété des lésions
3. – L'exposition à des complications diverses, hémorragies, torsion, nécrose, essaimage péritonéal.
4. – La diversité des classifications (celle adoptée = OMS = histogénétique)



- 3 grands groupes de tumeurs :
- Tumeurs Epithéliales
- Tumeurs du stroma gonadique ou mésenchyme des cordons sexuels.
- Tumeurs germinales

A/- Tumeurs épithéliales : Sont les plus fréquentes

1- Tumeurs séreuses :
* cyst- adénomes séreux → simple / papillaire
* cyt- adénome borderline
* cyt- adénocarcinome séreux

2- Tumeurs mucineuses :
* cyt- adénome mucineux → greffe péritonéale = pseudomyxome péritonéal
• risque de rupture ⇒ Evolution vers la malignité
* cyt- adénome Bordeline
* cyt- adénocarcinome

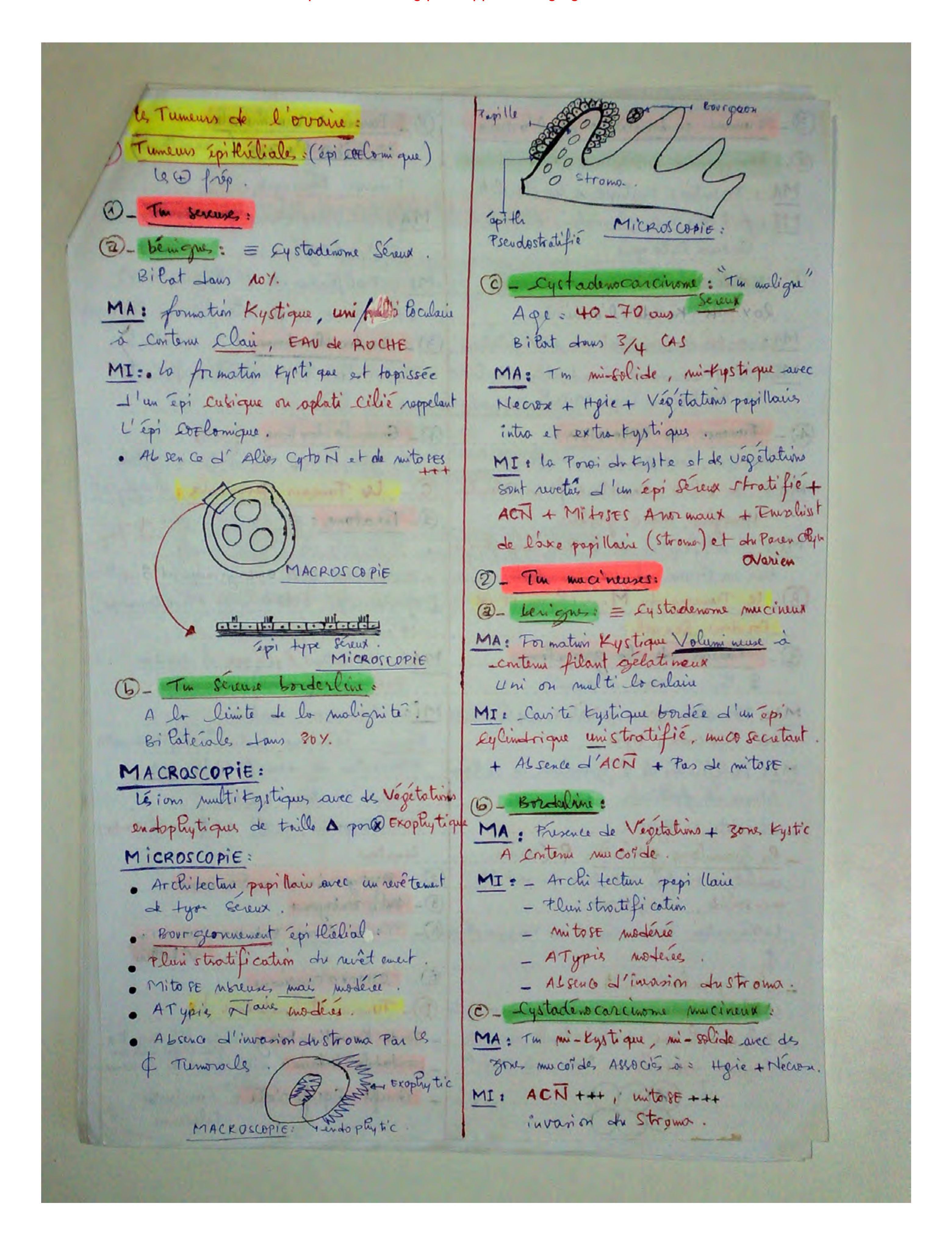
3- Tumeurs Endomètrioides :
* Endométriome : endométriose= Adénomyose = ectopie ⇒ nodule kystique de taille variable
* Adénocarcinome endométrioïde

4- Tumeur de Brenner :

→ Critères de Malignité des tumeurs épithéliales :
- Végétations papillaires exophytiques
- Zones solides et nécrosées
- Epithélium pluristratifié avec anomalies cyto nucléaires
- Foyers d'infiltration cellulaire cordonale ou tubulaire dans les parois kystiques

B/- Tumeurs des cordons sexuels :

2- Tumeurs de la Granulosa
3- Tumeur fibrothécale : Fibro-thécome
4- Androblastome : (Tumeur virilisante) cellules de Sertoli, de Leydig
5- Gynandro blastome : cellules de la granulosa, cellules de Sertoli, au sein de plages sarcomatoides.



Les Tumeurs de l'ovaire :

I) Tumeurs épithéliales : (épi coelomique)
les (+) fréq.

1) – Tm séreuses :

a) – bénignes : ≡ Cystadénome Séreux .
Bilat dans 10%.

MA : formation Kystique, uni/multi loculaire à contenu Clair, EAU de ROCHE

MI : • la formation Kystique est tapissée d'un épi cubique ou aplati cilié rappelant l'épi coelomique.
• Absence d'Atypies CytoN et de mitoses +++

b) – Tm Séreuse borderline :
A la limite de la malignité.
Bilatérale dans 30%.

MACROSCOPIE :
Lésions multikystiques avec des Végétations endophytiques de taille ∆ pour (+) Exophytique

MICROSCOPIE :
• Architecture papillaire avec un revêtement de type Séreux.
• Bourgeonnement épithélial.
• Pluristratification du revêtement.
• Mitoses nombreuses mais modérées.
• ATypies Naires modérées.
• Absence d'invasion du stroma par les ¢ Tumorales.

c) – Cystadenocarcinome Séreux : "Tm maligne"
Age : 40 – 70 ans
Bilat dans 3/4 CAS

MA : Tm mi-solide, mi-kystique avec Necrose + Hgie + Végétations papillaires intra et extra kystiques.

MI : la Paroi du Kyste et des végétations sont revêtues d'un épi Séreux stratifié + ACN + MitoSES Anormaux + Envahisst de l'axe papillaire (stroma) et du Paren Chym Ovarien

2) – Tm mucineuses :

a) – benignes : ≡ Cystadenome mucineux

MA : Formation Kystique Volumineuse à contenu filant gélatineux
Uni ou multi loculaire

MI : Cavité kystique bordée d'un épi cylindrique unistratifié, muco secretant.
+ Absence d'ACN + Pas de mitoSE.

b) – Borderline :

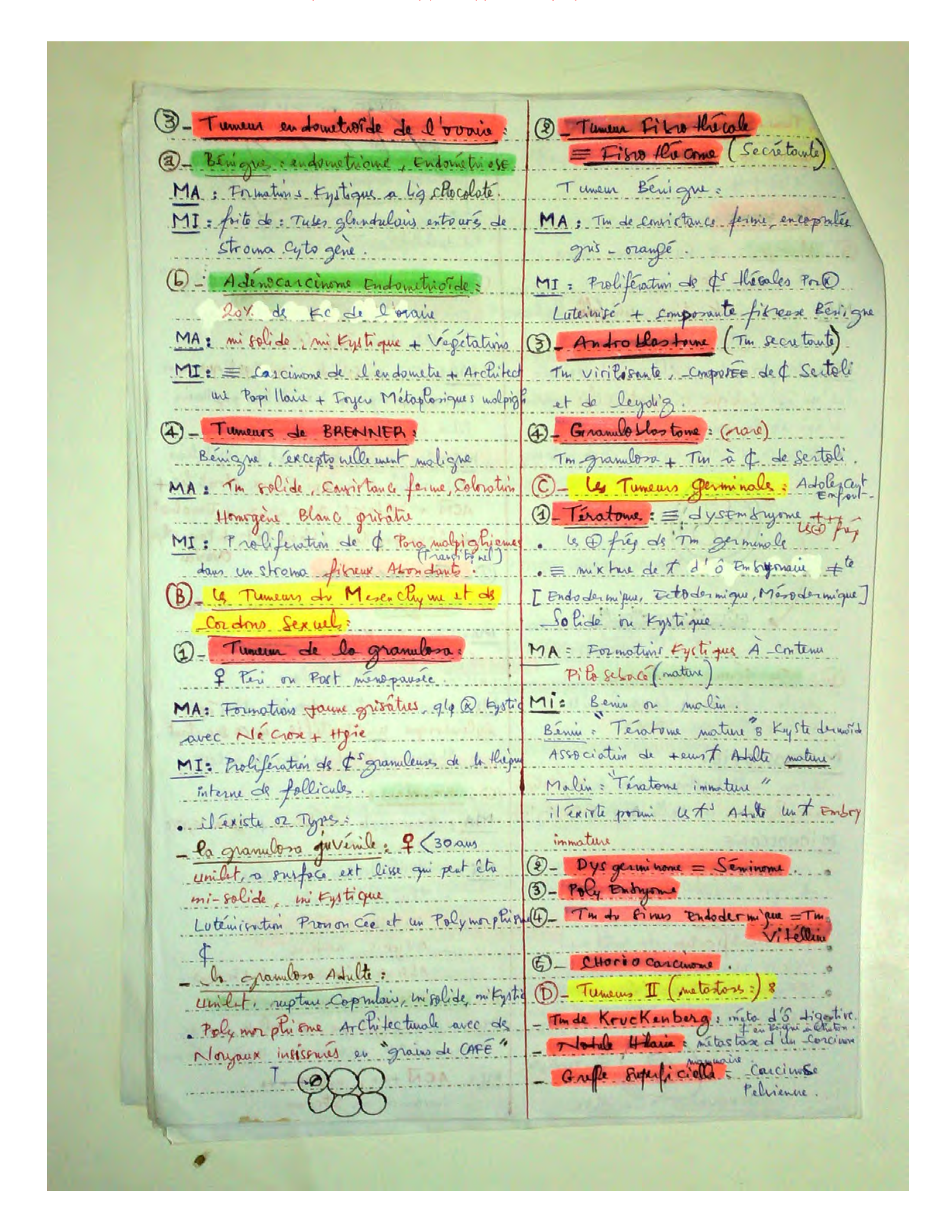
MA : Présence de Végétations + zones Kystic A Contenu mucoïde.

MI : – Architecture papillaire
– Pluri stratification
– mitoSE modérée
– ATypies modérées.
– Absence d'invasion du stroma.

c) – Cystadénocarcinome mucineux :

MA : Tm mi-kystique, mi-solide avec des zones mucoïdes, Associés à : Hgie + Nécrose.

MI : ACN +++, mitoSE +++
invasion du Stroma.



③ – Tumeur endométrioïde de l'ovaire :

ⓐ – Bénigne : endométriome, Endométriose

MA : Formations kystiques à liq chocolaté.

MI : faite de : Tubes glandulaires entourés de stroma cytogène.

ⓑ – Adénocarcinome Endométrioïde :

20% des KC de l'ovaire

MA : mi solide, mi kystique + Végétations

MI : ≡ carcinome de l'endomètre + Architect papillaire + Foyers Métaplasiques malpighiens

④ – Tumeurs de BRENNER :

Bénigne, exceptionnellement maligne

MA : Tm solide, consistance ferme, Coloration Homogène Blanc grisâtre

MI : Prolifération de ¢ Para malpighiennes (Transitionnel) dans un stroma fibreux Abondant.

Ⓑ – Les Tumeurs du Mésenchyme et des Cordons Sexuels :

① – Tumeur de la granulosa :

♀ Péri ou Post ménopausée

MA : Formations jaune grisâtres, qlq @ kystiq avec Nécrose + Hgie

MI : Prolifération de ¢s granuleuses de la thèque interne des follicules.

• il existe 02 Types :

– La granulosa juvénile : ♀ < 30 ans

unilat, à surface ext lisse qui peut être mi-solide, mi kystique

Lutéinisation Prononcée et un Polymorphisme ¢

– La granulosa Adulte :

unilat, rupture capsulaire, mi solide, mi kystiq

. Polymorphisme Architectural avec des Noyaux incisurés en "grains de CAFÉ"

② – Tumeur Fibro-thécale

≡ Fibrothécome (Sécrétante)

Tumeur Bénigne :

MA : Tm de consistance ferme, encapsulée gris – orangé.

MI : Prolifération de ¢s thécales Pr@ Lutéinisé + composante fibreuse Bénigne

③ – Androblastome (Tm sécrétante)

Tm virilisante, composée de ¢ Sertoli et de Leydig

④ – Granuloblastome : (rare)

Tm granulosa + Tm à ¢ de Sertoli.

Ⓒ – Les Tumeurs germinales : Adolescent Enfant

① – Tératome : ≡ dysembryome +++ ucx fréq

• les ⊕ fréq des Tm germinale

• ≡ mixture de tissus d'ô Embryonnaire ≠ te [Endodermique, Ectodermique, Mésodermique]

Solide ou kystique

MA : Formations kystiques À contenu Pilo sébacé (mature)

MI : Bénin ou malin.

Bénin : Tératome mature "≡ Kyste dermoïde" Association de +eurs tissus Adulte mature.

Malin : "Tératome immature" il existe parmi les tissus Adulte un tissu Embryonnaire immature

② – Dysgerminome = Séminome

③ – Poly Embryome

④ – Tm du Sinus Endodermique = Tm Vitelline

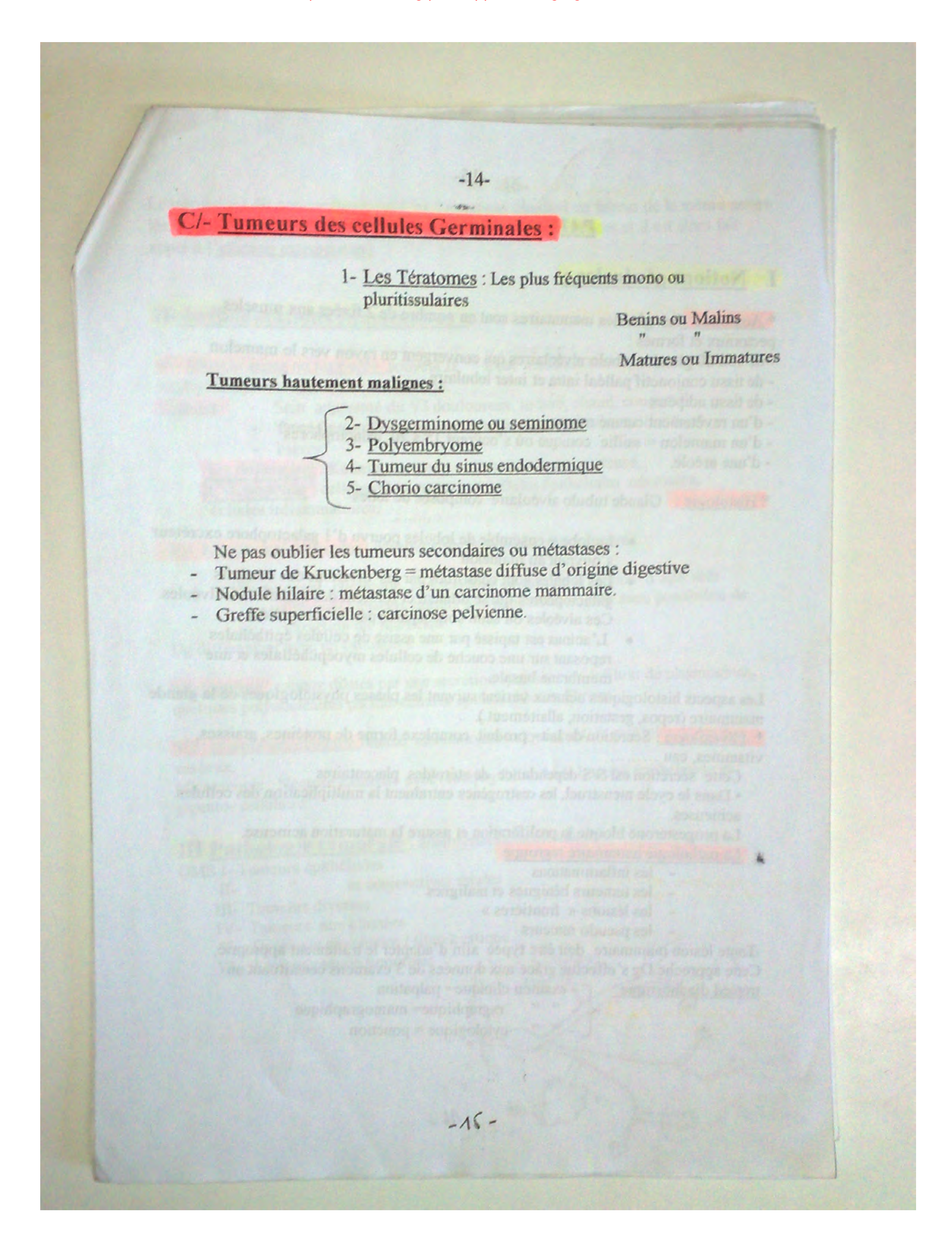
⑤ – Chorio carcinome.

Ⓓ – Tumeurs II (métastases :) ↓

– Tm de Kruckenberg : méta d'ô digestive. ↑ en bague à chaton

– Nodule Hilaire : métastase d'un carcinome mammaire

– Greffe superficielle : carcinose Pelvienne.


-14-
C/- Tumeurs des cellules Germinales :
1- Les Tératomes : Les plus fréquents mono ou pluritissulaires
Benins ou Malins
" "
Matures ou Immatures
Tumeurs hautement malignes :
2- Dysgerminome ou seminome
3- Polyembryome
4- Tumeur du sinus endodermique
5- Chorio carcinome
Ne pas oublier les tumeurs secondaires ou métastases :
- Tumeur de Kruckenberg = métastase diffuse d'origine digestive
- Nodule hilaire : métastase d'un carcinome mammaire.
- Greffe superficielle : carcinose pelvienne.
-15-

PATHOLOGIE MAMMAIRE

I Notions générales :

* Anatomie : les glandes mammaires sont au nombre de 2 fixées aux muscles pectoraux et formés :
- de 15à 20 glandes tubulo alvéolaires qui convergent en rayon vers le mamelon
- de tissu conjonctif palléal intra et inter lobulaire
- de tissu adipeux
- d'un revêtement cutané mince
- d'un mamelon = saillie conique où s'ouvrent 15 à 20 galactophores
- d'une aréole.

* Histologie : Glande tubulo alvéolaire composée de lobes

- Le lobe = ensemble de lobules pourvu d'1 galactophore excréteur s'ouvrant au mamelon
- Les lobules sont constitués par les divisions des conduits galactophores qui se dilatent et forment des saccules ou alvéoles. Ces alvéoles ou acini sont séparés par le tissu palléal.
- L'acinus est tapissé par une assise de cellules épithéliales reposant sur une couche de cellules myoépithéliales et une membrane basale.

Les aspects histologiques acineux varient suivant les phases physiologiques de la glande mammaire (repos, gestation, allaitement).

* Physiologie : Sécrétion de lait= produit complexe forme de protéines, graisses, vitamines, eau ....

Cette sécrétion est S/S dépendance de stéroïdes placentaires

▪ Dans le cycle menstruel, les œstrogènes entraînent la multiplication des cellules acineuses.

La progestérone bloque la prolifération et assure la maturation acineuse.

* La pathologie mammaire regroupe
- les inflammations
- les tumeurs bénignes et malignes
- les lésions « frontières »
- les pseudo tumeurs

Toute lésion mammaire doit être typée afin d'adapter le traitement approprié. Cette approche Dg s'effectue grâce aux données de 3 examens constituant un trépied diagnostique
- examen clinique= palpation
- " " rxgraphique= mamographique
- " " cytologique = ponction

Le trépied est dit concordant quand les 3 examens plaident en faveur de la même nature lésionnelle. Dans le cas où l'un des 3 diverge, il est dit discordant et il est alors fait appel à l'examen extemporané

II- Inflammations Mammaires :

1°/- Mastite aigue ou suppurée souvent II aire à une infection au steptococoque ou staphylocoque au décours de la lactation.

Clinique :
- Sein augmenté de V3 douloureux, induré, chaud, congestif
- Tuméfaction des ganglions lymphatique du creux axillaire
- Fièvre

Dg différentiel : Kc inflammatoire ou mastite carcinomateuse.
Cytoponction : cellules conjonctives et cellules épithéliales nécrosées, cellules inflammatoires.

2°/- Mastite à plasmocytes : Mastite granulomateuse non suppurée

= affection rare, chronique, abactérienne du sein de la femme d'âge mûr
- Clinique : absente hormis une induration du sein avec possibilité de rétraction du mamelon.

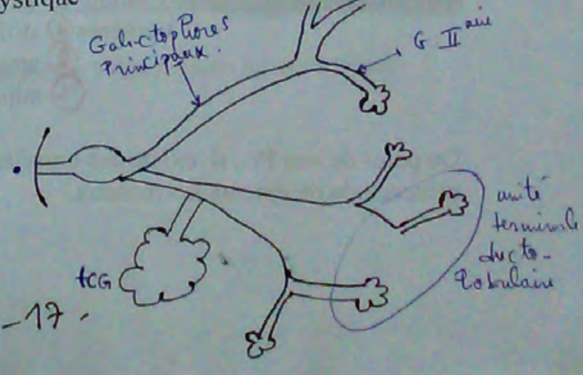
Dg différenciel avec un carcinome

- Microscopie : canaux dilatés par une secrétion épaissie +++ infiltrat de plasmocytes, quelques polynucléaires parfois cellules épithélioides et fibrose

3°/- Mastite tuberculeuse réalisé une nodosité unique, parfois multiples de type caséeux.
Microscopie : Nécrose caséeuse avec réaction folliculaire lympho épithélioide et giganto- cellulaire.

III Pathologie tumorale : nombreuses classifications

OMS I- Tumeurs épithéliales
II- " et conjonctives mixtes
III- Tumeurs diverses
IV- Tumeurs non classées
V- Dysplasie mammaire / fibro kystique
VI- Lésions pseudo tumorales



I- Tumeurs épithéliales :

A. Bénignes

1- Papillome intra canalaire peut ⇒ écoulement sanglant du mamelon : peut ▪ être solitaire S/S aréolaire.

▪ Multiples périphériques dans le sein.

Microscopie : Véritable papillome avec axe conjonctif intra canalaire. Diagnostic différentiel : hyperplasie papillomateuse intra canalaire en relation avec un cancer.

2- Adénome du mamelon : T intra canalaire galactophorique ⇒ prolifération massive ou papillaire I C

Deux Formes macroscopiques, forme enclose S/S mamelonnaire forme exophytique ulcérée.

3- Adénomes purs : très rares

- Adénome tubuleux
- Adénome lactant

B. Tumeurs épithéliales malignes : se présentent

- Souvent S/S forme d'une tumeur palpable, dure , à limites imprécises(aspect étoilé) + rarement nodule, arrondi, mou.

Microscopie :

1. Carcinomes non finfiltrants = Kc insitu

a. Kc canalaire insitu la prolifération tumorale tapisse les canaux galactophores restant limitée par la basale, dessinant un aspect architectural : massif, papillaire, cribriforme, comédons.

b. Kc lobulaire insitu : Souvent bilatéral multicentrique : prolifération monomorphe comblant les acini du lobule glandulaire.

Diagnostic différentiel : Hyperplasies atypiques canalaires et lobulaires : Dans ces cas , il y a persistance des cellules myo- épithéliales.

2. carcinomes infiltrants

85 % sont des canalaires infiltrants
10 % sont des lobulaires infiltrants
5 % divers et mixtes

a. Kc canalaire infiltrant : Grading de Bloom et Richard d'histo Pc.

3 critères
1. différentiation glandulaire
2. anaplasie
3. mitoses

Du point de vue Pc , il existe des corrélations importantes entre la malignité et la présence de récepteurs hormonaux.

b. Kc lobulaire infiltrant : infiltration tumorale en file indemne se disposant parfois autour d'un canal résiduel ⟹ aspect en cible
stroma squirrheux- Parfois cellules en bague à chaton.

c. Carcinome médullaire à stroma lymphoïde : Tumeur nodulaire faite de grosses cellules épithéliales en travées massives à limites imprécises au sein de nappes lymphocytaires et plasmocytaires.

c. Carcinome papillaire : rare

f. Carcinome tubuleux Kc très bien ≠ de Pc favorable

g. Carcinome inflammatoire ne correspond pas à une entité anatomique mais a un syndrome caractérisé par :
Macro : Sein augmenté de V3, œdème, rougeur, hyperthermie
Microscopie : lymphangite carcinomateuse +++ dermique

h. Maladie de Paget du mamelon : associée à un kc canalaire sous jacent jamais à un lobulaire = infiltration de l'épiderme du mamelon par de grandes cellules malignes claires contenant de la mucine, siégeant dans les couches basales, isolées ou regroupées en petits nids.
Clinique : Lésion eczematiforme du mamelon.

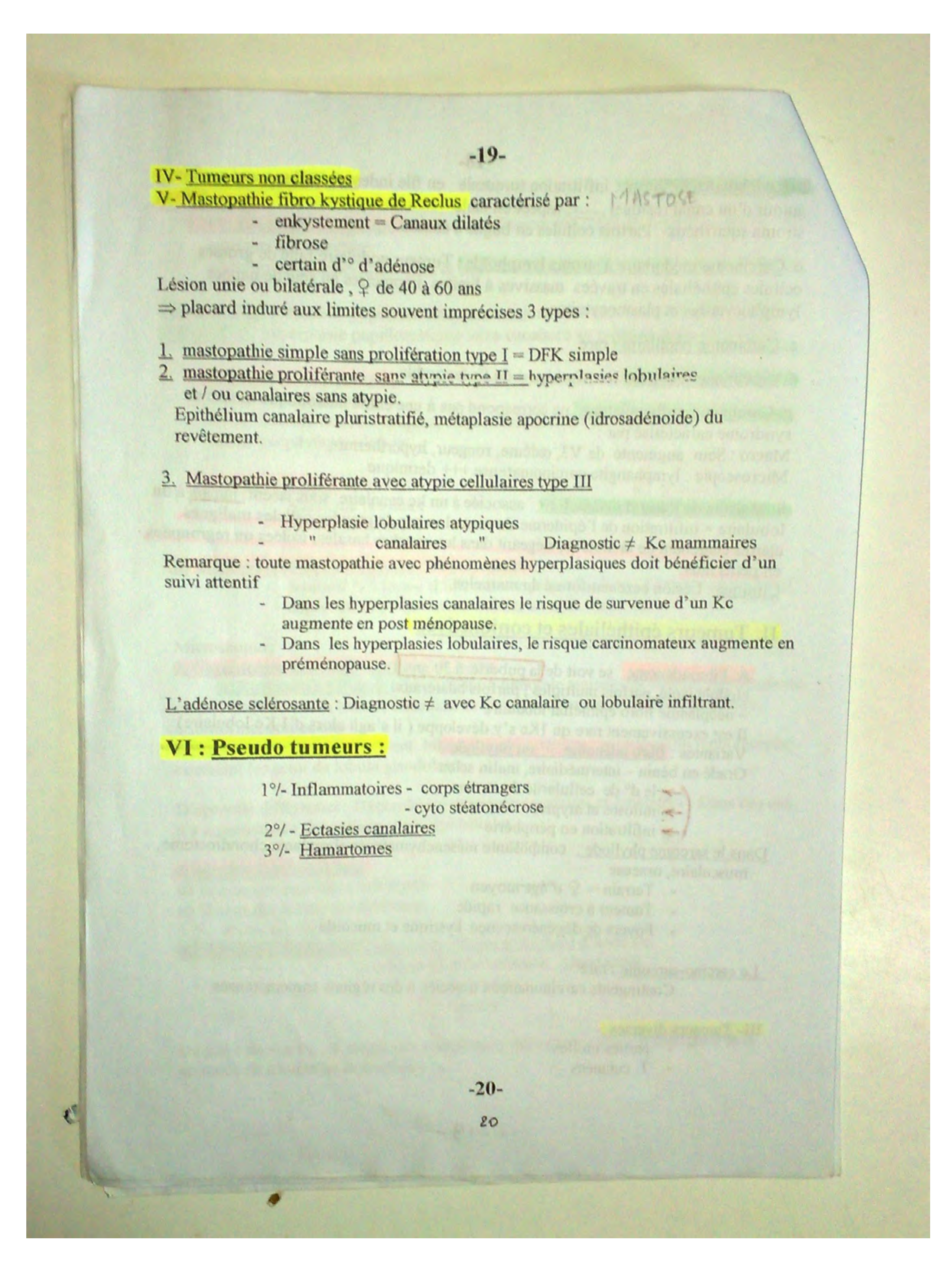
II. Tumeurs épithéliales et conjonctives

A. Fibroadénome se voit de la puberté à 30 ans
Nodule isolé, parfois multiples , parfois bilatéraux.
= néoplasme fibro épithélial lobulaire
Il est excessivement rare qu 1Kc s'y développe (il s'agit alors d'1 Kc lobulaire)
Variantes : fibro adénome ou phyllode
Gradé en bénin – intermédiaire, malin selon
- → le d° de cellularité du stroma
- → mitoses et atypies
- → infiltration en periphérie

Dans le sarcome phyllode : composante mésenchymateuse abondante chondrostome, musculaire, osseuse
- Terrain = ♀ d'âge moyen
- Tumeur à croissance rapide
- Foyers de dégénérescence kystique et mucoide

Le carcino-sarcome : rare
Contingents carcinomateux associés à des régions sarcomateuses

III- Tumeurs diverses :
- parties molles
- T. cutanées



IV- Tumeurs non classées

V- Mastopathie fibro kystique de Reclus caractérisé par : MASTOSE

- enkystement = Canaux dilatés
- fibrose
- certain d'° d'adénose

Lésion unie ou bilatérale , ♀ de 40 à 60 ans

⇒ placard induré aux limites souvent imprécises 3 types :

1. mastopathie simple sans prolifération type I = DFK simple
2. mastopathie proliférante sans atypie type II = hyperplasies lobulaires et / ou canalaires sans atypie.
   Epithélium canalaire pluristratifié, métaplasie apocrine (idrosadénoide) du revêtement.

3. Mastopathie proliférante avec atypie cellulaires type III
   - Hyperplasie lobulaires atypiques
   - " canalaires " Diagnostic ≠ Kc mammaires

Remarque : toute mastopathie avec phénomènes hyperplasiques doit bénéficier d'un suivi attentif

- Dans les hyperplasies canalaires le risque de survenue d'un Kc augmente en post ménopause.
- Dans les hyperplasies lobulaires, le risque carcinomateux augmente en préménopause.

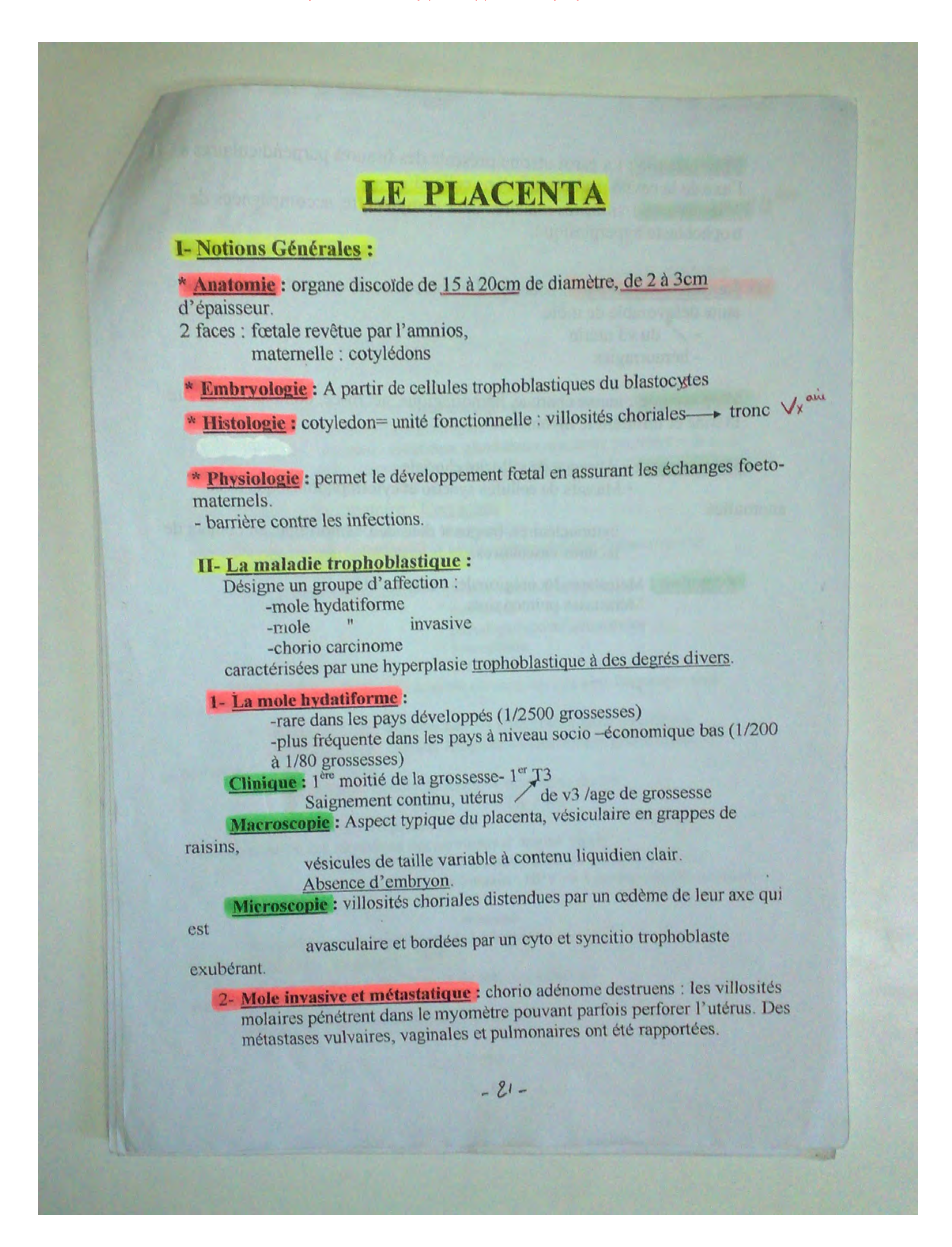
L'adénose sclérosante : Diagnostic ≠ avec Kc canalaire ou lobulaire infiltrant.

VI : Pseudo tumeurs :

1°/- Inflammatoires - corps étrangers
- cyto stéatonécrose

2°/ - Ectasies canalaires

3°/- Hamartomes



LE PLACENTA

I- Notions Générales :

* **Anatomie** : organe discoïde de 15 à 20cm de diamètre, de 2 à 3cm d'épaisseur.
2 faces : fœtale revêtue par l'amnios,
maternelle : cotylédons

* **Embryologie** : A partir de cellules trophoblastiques du blastocytes

* **Histologie** : cotyledon= unité fonctionnelle : villosités choriales⟶ tronc Vx aire

* **Physiologie** : permet le développement fœtal en assurant les échanges foeto-maternels.
- barrière contre les infections.

II- La maladie trophoblastique :

Désigne un groupe d'affection :
- -mole hydatiforme
- -mole " invasive
- -chorio carcinome

caractérisées par une hyperplasie trophoblastique à des degrés divers.

1- La mole hydatiforme :

-rare dans les pays développés (1/2500 grossesses)
-plus fréquente dans les pays à niveau socio –économique bas (1/200 à 1/80 grossesses)

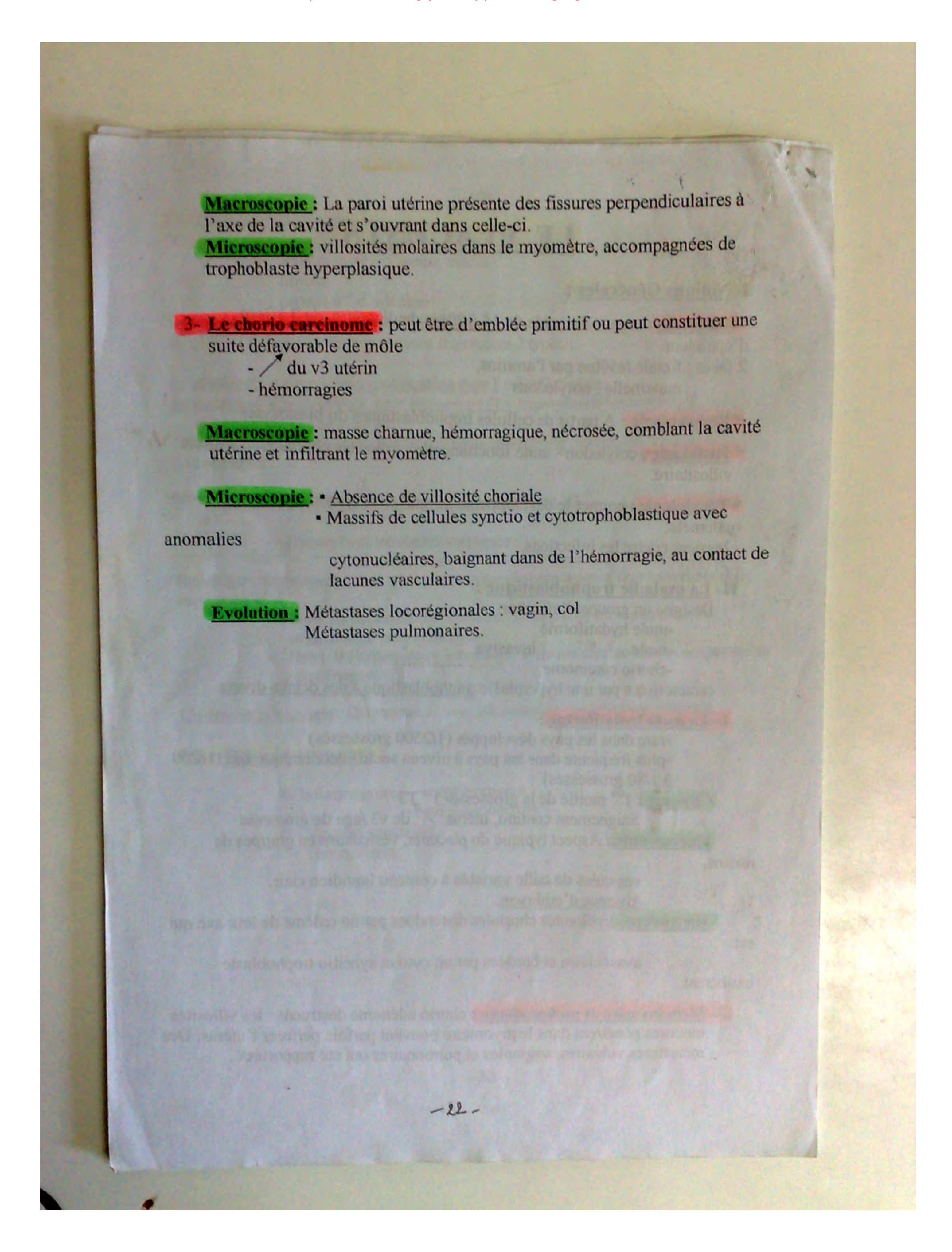
Clinique : 1ère moitié de la grossesse- 1er T3
Saignement continu, utérus ↗ de v3 /age de grossesse

Macroscopie : Aspect typique du placenta, vésiculaire en grappes de raisins,
vésicules de taille variable à contenu liquidien clair.
Absence d'embryon.

Microscopie : villosités choriales distendues par un œdème de leur axe qui est avasculaire et bordées par un cyto et syncitio trophoblaste exubérant.

2- Mole invasive et métastatique :

chorio adénome destruens : les villosités molaires pénètrent dans le myomètre pouvant parfois perforer l'utérus. Des métastases vulvaires, vaginales et pulmonaires ont été rapportées.



Macroscopie : La paroi utérine présente des fissures perpendiculaires à l'axe de la cavité et s'ouvrant dans celle-ci.

Microscopie : villosités molaires dans le myomètre, accompagnées de trophoblaste hyperplasique.

3- Le chorio carcinome : peut être d'emblée primitif ou peut constituer une suite défavorable de môle

- ↗ du v3 utérin
- hémorragies

Macroscopie : masse charnue, hémorragique, nécrosée, comblant la cavité utérine et infiltrant le myomètre.

Microscopie :
- Absence de villosité choriale
- Massifs de cellules synctio et cytotrophoblastique avec anomalies cytonucléaires, baignant dans de l'hémorragie, au contact de lacunes vasculaires.

Evolution : Métastases locorégionales : vagin, col
Métastases pulmonaires.


Fig. 224. — Présentation du sommet : tête en OP.
Fig. 227. — Présentation du sommet : accouchement des épaules.
Fig. 233. — Conduite à tenir au cours de l'accouchement normal : la main gauche accentue le flexion de la tête.
Fig. 234. — Conduite à tenir au cours de l'accouchement normal ; déflexion de la tête.
Fig. 235. — Conduite à tenir au cours de l'accouchement normal : suite de la déflexion de la tête.
Fig. 236. — Conduite à tenir au cours de l'accouchement normal : la grande circonférence céphalique franchit l'anneau vulvaire.
Fig. 237. — Conduite à tenir au cours de l'accouchement normal : dégagement de l'épaule et du bras antérieur.
Fig. 238. — Conduite à tenir au cours de l'accouchement normal : dégagement de l'épaule et du bras postérieur.



FIG. 211. — *Palpation sus-pubienne.*

FIG. 212. — *Palper d'une tête non engagée.*

FIG. 213. — *Palper d'une tête engagée*

FIG. 214. — *Palpation du fond utérin.*

FIG. 215. — *Palpation des faces latérales de l'utérus.*

FIG. 218. — *Amoindrissement de la tête fœtale.*
1- occipito-frontal;
2- sous-occipito-frontal;
3- sous-occipito-bregmatique.

FIG. 219. — *Présentation du sommet : engagement de la tête en OIGA.*

FIG. 225. — *Présentation du sommet : dégagement le sous-occiput arrive sous la symphyse.*

FIG. 223. — *Présentation du sommet : descente et rotation en OP*

FIG. 226. — *Présentation du sommet : dégagement. déflexion de la tête.*

FIG. 228. — *Présentation du sommet en OIDP : flexion imparfaite de la tête.*



N.B

* Kc du sein ⇒ Grading histo de SBR :
  - Degré de différenciation
  - Index mitotique
  - Pleïomorphisme des noyaux (Anisocaryose) (atypie cyto-n).

* Malignité des Tm épit de l'ovaire :
  - Végétation papillaire, exophytique.
  - Zones solides, nécrosées et Hgique.
  - Pluristratification
  - ACN et mitoses anormales
  - Invasion du Stroma [illegible] et du parenchyme ovarien.

Endométriose :

→ Déf :
Tissu endométrial ectopique en dehors de la cavité utérine.

→ Localisation :
- Ovarienne +++
- péritonéale ++
- Tubaire +
+/- cervical - vaginal - vulvaire
vésicale - digestive - cutanée - pulm

Adénomyose :
Foyers d'endomètre à l'intérieur du myomètre (véritable diverticulose de l'utérus) + associé Hyperplasie Fibres musculaires lisse du myomètre

Imaging et immuno [illegible]
- ACN
- Mitose
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
mal limité
[nécrose, [illegible]]

Tm bénignes kystiques du sein

Ⓐ Kyste : "Période préménopause"

M : Tm ronde et bien limité à contenu clair.

m : Prolifération liquidienne à point de départ galactophorique.

Ⓑ Mastopathie fibro-kystique (MFK) : "Périménopause"

M : Kystes multiples dans un placard induré mal limité.

m : Fibrose du T conjonctive + éléments kystiques + hyperplasie de l'épithélium galactophorique.

Kc du Sein :
Marqueurs biologique : RE - RP
HER-2.
⇓
Intérêt thérapeutique.